

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

2013

Noora Hakoniemi

GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN SEKSUAALIOHJAUKSEN ODOTUKSET JA KOKEMUKSET



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Noora Hakoniemi

GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN SEKSUAALIOHJAUKSEN ODOTUKSET JA KOKEMUKSET

Opinnäytetyö toteutettiin osana Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojektia 2009–2015 (Hoi-Pro). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteisen projektin keskeisenä tarkoituksena on kehittää sairaalan palvelut vastaamaan yhä enemmän potilaan tarpeita, sekä kehittää palveluita toimialuekohtaisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää gynekologista syöpää sairastavien potilaiden odotuksia ja kokemuksia seksuaaliohjauksesta. Kohderyhmänä oli Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKSiin) naistentautien vuodeosaston sytostaattiviikko-osaston potilaat, jossa gynekologiset syöpäpotilaat saavat solunsalpaajahoidon. Tarkoituksena on, että tulosten avulla seksuaaliohjausta kyetään kehittämään entistä enemmän potilaiden odotusten mukaisiksi.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän yhdistelmää, painottaen kuitenkin laadullista menetelmää. Aineisto kerättiin potilailta lomakekyselyllä kesä-heinäkuussa 2012. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla sekä tilastollisin menetelmin. Tutkimuskysymykset olivat: ”Minkälaisia odotuksia gynekologista syöpää sairastavilla potilailla oli seksuaaliohjauksesta” ja ”Minkälaisia kokemuksia gynekologista syöpää sairastavilla potilailla on saamastaan seksuaaliohjauksesta”.

Opinnäytetyön tulosten perusteella valtaosa vastanneista ei ollut saanut seksuaaliohjausta. Useat vastaajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että jossakin vaiheessa hoitoja seksuaaliohjaus olisi tarpeellista. Potilaiden odotukset seksuaaliohjauksesta olivat erilaisia. Osa toivoi enemmän tietoa fyysisistä muutoksista ja niiden vaikutuksista seksuaalisuuteen, kun taas osa enemmän henkistä tukea. Potilaiden kokemukset seksuaaliohjauksesta vaihtelivat suuresti. Suurin osa potilaista, jotka olivat saaneet seksuaaliohjausta, olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Erityisen hyvänä asiana koettiin puolison kanssa saatu ohjaus. Osa potilaista ei kuitenkaan kokenut seksuaalisuuden käsittelyä tarpeellisenä.

Seksuaaliohjausta tulisi toteuttaa mahdollisimman potilaskohtaisesti ja yksilöllisesti siten, että kaikilla potilailla on mahdollisuus ohjaukseen. Tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa seksuaaliohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

ASIASANAT:

gynekologinen syöpä, hoitotyö, potilas, seksuaaliohjaus, seksuaaliterveys, solunsalpaajahoidon

Noora Hakoniemi

GYNECOLOGIC CANCER PATIENTS EXPECTATIONS AND EXPERIENCES OF SEXUAL COUNSELING

This bachelor thesis was carried out as part of The Future Hospital - Development project of Nursing 2009-2015 (Hoi-Pro). One of the main goals of The Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences mutual project is to develop the hospitals' services more responding to patients' needs.

The aim of this thesis was to describe gynecologic cancer patients expectations and experiences of sexual counseling. This study was carried out in Turku University Hospital's (TYKS) gynecological ward where patients receive chemotherapy for gynecological cancer. It is intended that sexual counseling could be developed more towards to the patients' needs.

The research method was combination of qualitative and quantitative methods, where qualitative was in the main role. The data was collected with a questionnaire in June and July 2012. The data was analyzed as content analysis and statistical methods. Research questions of this thesis were: "What are gynecological cancer patients' expectations of sexual counseling" and "What are gynecological cancer patients' experiences of sexual counseling.".

Results of this study showed that majority of the patients didn't get sexual counseling. Many respondents thought that counseling would be necessary in some place of the treatment. Patients' expectations of sexual counseling were different with each other. Some of the respondents hoped to receive information about the physical changes and their effects to sexuality, while other respondents hoped emotional support from staff. Patients' experiences of sexual counseling varied a lot. Majority of the patients who had received sexual counseling were satisfied with that. The patients who received sexual counseling with their spouses thought it was a good thing. Some of patients felt that there is no need to discuss about sexuality.

Sexual counseling should be implemented as personal as possible and so that all the patients have possibility to receive sexual counseling. The results can be used to improve planning and implementation of sexual counseling.

KEYWORDS:

chemotherapy, gynecologic cancer, nursing, patient, sexual counseling, sexual health

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 GYNEKOLOGINEN SYÖPÄPOTILAS JA SEKSUAALISUUS	8
2.1 Gynekologiset syövät	9
2.1.1 Solunsalpaajahoidot	11
2.2 Seksuaalisuus	11
2.3 Syövän ja syöpähoitojen vaikutus seksuaalisuuteen	12
2.4 Seksuaaliterveys ja seksuaalioikeudet	14
2.5 Seksuaaliterveyden edistäminen	15
2.5.1 PLISSIT-malli	16
2.5.2 BETTER-malli	17
2.6 Seksuaalisuuden puheeksiottamisen haasteita	18
2.7 Seksuaaliohjauksen odotuksia syöpään sairastuessa	19
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	23
4.1 Tutkimusmenetelmä	23
4.2 Aineiston valinta ja keruu	24
4.3 Aineiston analyysi	25
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
5.1 Taustatiedot	27
5.2 Seksuaaliohjauksen odotukset	27
5.3 Seksuaaliohjauksen kokemukset	29
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA TUTKIMUSETIIKKA	32
6.1 Luotettavuus	32
6.2 Eettisyys	34
7 POHDINTA	36
7.1 Tulosten tarkastelua	36
7.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	38
LÄHTEET	40

LIITTEET

Liite 1. Lomakekysely
Liite 2. Saatekirje

TAULUKOT

Taulukko 1. Sisällönanalyysin runko

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun toteuttamaa projektihanketta: Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 Hoi-Pro, jonka tavoitteena on muun muassa kehittää sairaalan palveluita toimialuekohtaisesti. Opinnäytetyö kuuluu potilasohjaus-osatehtävään, jonka tarkoituksena on kehittää potilasohjausta tehokkaammaksi sekä potilaan, että hoitohenkilökunnan näkökulmasta. (Kummel ym. 2012, 3-5). Tämä tutkimus keskittyy potilaan näkökulmaan.

Gynekologinen syöpä sekä siitä johtuvat vaivat ja hoidot vaikuttavat negatiivisesti naisen seksuaaliterveyteen (Kellokumpu-Lehtinen ym, 2003, 239-241). Aiheen käsittely on tärkeä, sillä gynekologisia syöpiä diagnosoidaan vuosittain yhä enemmän. Gynekologisiin syöpäpotilaisiin lasketaan naiset, joilla on ulkosynnyttimien, emättimen, kohdunkaulan, kohdunrungon, munasarjan, munanjohdinten tai istukan syöpä. (Finnish Cancer Registry, 2011, 13.) Gynekologisia syöpiä hoidetaan pääsääntöisesti leikkaushoidoilla, sytostaattihoidoilla tai sädehoidoilla (Mäenpää & Pakarinen, 2004, 216). Tämän opinnäytetyön kyselytutkimus toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan naistentautien vuodeosaston sytostaatti viikko-osastolla, jossa gynekologiset syöpäpotilaat saavat solunsalpaajahoitoja.

Seksuaalisuus tulee nähdä osana terveyttä ja hyvinvointia, minkä vuoksi seksuaaliterveyteen liittyvä ohjaus ja neuvonta tulisi olla kaikkien saatavilla. Jokaisen hoitotyöntekijän tulisi toteuttaa seksuaalisuutta yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012 Suomen seksologinen seura ry, 2012).

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia odotuksia Turun yliopistollisen keskussairaalan naistentautien vuodeosaston gynekologista syöpää sairastavilla potilailla on seksuaaliohjauksesta, sekä kuinka he ovat kokeneet siihen liittyvän potilasohjauksen. Opinnäytetyön tuloksien avulla pyritään kehittämään hoi-

tohenkilökunnan toteuttamaa seksuaaliohjausta yhä enemmän potilaiden odotuksien mukaisiksi.

2 GYNEKOLOGINEN SYÖPÄPOTILAS JA SEKSUAALISUUS

Yleisesti kasvaimilla tarkoitetaan ulkoisista kasvuärsykkeistä riippumatonta kudoksen tai solukon epänormaalia kasvua, joka on haitallista tai tarkoituksetonta isäntäelimistölle. Kasvainsairaudet voidaan jaotella hyvän- ja pahanlaatuisiin kasvaimiin. Hyvänlaatuiset kasvaimet eivät muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta hoitamattominakaan aiheuta potilaan kuolemaa. Pahanlaatuisten syöpäkasvaimien kasvu on huomattavasti nopeampaa ja niiden leviäminen ympäristöönsä on usein kohtalokasta potilaalle. (Isola, 2007,16.)

Syövän syntymekanismeista on useita eri näkökulmia, mutta yhteistä näille kaikille kuitenkin on se, että syövän tiedetään syntyvän eri mekanismien avulla vaiheittain. Syöpä syntyy aina yksittäisestä solusta, joka on saanut vaurioita kasvunsäätelyjärjestelmiinsä. Tämän seurauksena se alkaa jakaantua kontrolloimattomasti ja tytärsoluihin kertyy DNA-vaurioita eli mutaatioita. Mutaatiot aiheuttavat sen, että syntyvällä syöpäsolukolla on paremmat kasvuolosuhteet kuin normaalilla solulla. Mutaatioita täytyy kuitenkin olla useita ennen kuin syöpäkasvain kehittyy. (Isola, 2007, 17, 22, 27.)

Joitakin ympäristötekijöitä syövän riskin kohoamiseksi on tunnistettu. Näistä tärkeimpinä mainittakoon tupakointi, asbesti, UV-säteily sekä eräät hormonaaliset tekijät (Isola, 2007, 19). Syöpään sairastumisen riski nousee huomattavasti 50. ikävuoden jälkeen. Suomessa sairastuneiden keski-ikä on yli 65 vuotta ja syöpätapausten määrä kasvaa nopeasti suurten ikäluokkien ikääntyessä. Miesten kuolleisuus syöpään on naisia suurempi, koska miehillä yleinen keuhkosyöpä on huomattavasti huonoennusteisempi kuin naisten rintasyöpä, joka on naisten yleisin syöpä. (Sankila ym. 2007, 36.)

2.1 Gynekologiset syövät

Vuonna 2009 naisilla todettiin 13 787 uutta syöpätapausta. Näistä 1 591 oli gynekologisia syöpiä, joista yleisimpänä kohdunrunko-osan syöpä 807 uudella tapauksella. Kohdunrunгон syöpä on naisten kolmanneksi yleisin syöpä rintasyövän ja paksusuolen syövän jälkeen. Kohdunrungonsyöpä ja munasarjasyöpä (447 uutta tapausta vuonna 2009), ovat selkeästi gynekologisista syöivistä yleisimmät ja niiden lukumäärä on viime aikoina lisääntynyt, samoin kuin muiden gynekologisten syöpien lukuun ottamatta kohdunkaulan syöpää, jonka määrä on joukkoseulontojen takia huomattavasti vähentynyt. (Finnish Cancer Register, 2011, 13; Salmi & Leminen, 2007, 451.) Muut gynekologiset syövät ovat ulkosynnyttimien, emättimen ja munanjohtimen syövät sekä trofoblastisairaudet ja kohdun sarkoomat (Salmi & Leminen, 2007, 451).

Kohdunrunгон syövän ensioire yleensä on poikkeava vaginaalinen verenvuoto. Diagnosoinnissa tarvitaan usein ultraäänitutkimusta sekä kohdun limakalvolta otettavia näytteitä. Hoitona on leikkaus, jossa poistetaan kohtu, munasarjat, munanjohtimet sekä usein lantion imusolmukkeet. Leikkaushoidon lisäksi suunnitellaan yksilöllisesti solunsalpaaja- tai sädehoito. (Grenman, 2004, 234-235; Ihme & Rainto, 2008, 245.)

Munasarjasyövän oireet ilmaantuvat potilaalle yleensä myöhään, joten se ehtii usein levitä viereisiin kudoksiin ennen taudin toteamista (Leminen & Lehtovirta, 2004, 244-246). Mahdollisia oireita saattaa olla mm. vatsan turpoaminen, vatsakivut, ruoansulatuskanavan oireet tai virtsaamisvaikeudet. Diagnosoinnissa käytetään hyväksi veren merkkiainetta S-CA-12-5, jonka pitoisuus yli 80 %:lla sairastuneista lisääntyy. Hoitona käytetään leikkausta ja lisäksi lähes aina solunsalpaajia. Munasarjasyöpää harvinaisemman *munanjohtimen syövän* oireet ovat vastaavanlaisia ja se hoidetaan samoin kuin munasarjasyöpä. (Ihme & Rainto, 2008, 245-246; Leminen & Lehtovirta, 2004, 249-251, 255-256.)

Kohdunkaulansyöpä on maailmanlaajuisesti yleisin gynekologinen syöpä. Suomessa se on gynekologisista syöivistä kolmanneksi yleisin (Mäenpää & Pakarinen, 2004, 224). Vuonna 2009 uusia tapauksia Suomessa todettiin 154 (Finnish

Cancer Registry, 2011, 13). Vuosittain löydetään irtosolututkimuksen eli Papa-kokeen avulla 2000 seurantaa vaativaa syövän esiastetta. Syöväksi kohdunkaulan muutokset kehittyvät esiasteiden kautta. Esiasteita voidaan hoitaa mm. konisaatiolla tai kohdunkaulan amputaatiolla. Syövän hoitona käytetään kohdun, sivuelimien ja lantionalueen imusolmukkeiden poistoa sekä sädehoitoa tai solunsalpaajahoitoa. (Ihme & Rainto, 2008, 246.)

Ulkosynnyttimien syöpä on iäkkäiden ihmisten sairaus, kolme neljästä sairastuneesta on yli 60-vuotias. Oireisiin kuuluu usein vulvan alueen kutinaa ja kirvelyä, sekä ulkosynnyttimien haavaumien verenvuotoa ja kipua. Hoidon kulmakivenä on leikkaushoito sekä syövän levinneisyyden mukaan tarvittaessa suunnitellaan potilaskohtaisesti joko säde- tai solunsalpaajahoito. (Salmi & Leminen, 2007, 452-454).

Emättimen syöpä on harvinainen, niitä löydetään Suomessa 10-15 vuosittain. Vaginakarsinooma löytyy usein sattumalöydöksenä gynekologisessa tutkimuksessa tai Papa-kokeen avulla. Oireina voi esiintyä mm. kipua, veristä vuotoa tai runsasta valkovuotoa. Ensisijaisesti syöpää hoidetaan emättimen sisäisellä ja ulkoisella sädehoidolla. Myös leikkaushoitoa tai solunsalpaajahoitoa voidaan käyttää joissakin tapauksissa. (Salmi & Leminen, 2007, 454-456.)

Kohdun sarkoomat kattavat 5 % kohdunrungon pahanlaatuisista kasvaimista. Tyypillisiä oireita sarkoomille ovat runsaat epäsäännölliset vuodot ja kohdun nopea kasvu. Kaavintanäytteen avulla pystytään tekemään sarkooman diagnoosi. Noin puolessa tapauksissa kohdun sarkooma rajoittuu kohtuun ja leikkauksessa poistetaan kohtu ja munasarjat. Tapauskohtaisesti voidaan harkita lisäksi sädehoitoa tai solunsalpaajahoitoa. (Grénman, 2007, 237-238.)

Trofoblastisairauksiin lukeutuva *istukkasyöpä* on hyvin harvinainen sairaus, vuosittain niitä Suomessa todetaan keskimäärin neljä. (Finnish Cancer Registry, 2011, 13; Salmi & Leminen, 2007, 467.) Hoito tapahtuu solunsalpaajien avulla tai kirurgisella leikkauksella (Salmi & Leminen, 2007, 470).

2.1.1 Solunsalpaajahoidot

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat yksi syövän hoitomuodoista. Solunsalpaajien vaikutus perustuu jakaantuvien solujen häirintään. Potilaalle voidaan suunnitella yhden solunsalpaajan sijaan myös yhdistelmähoito eli annetaan useaa eri solunsalpaajaa, joilla kullakin on eri vaikutusmekanismi. Yleensä solunsalpaajahoidot kestävät noin puolen vuoden ajan. Kuuri annetaan pääsääntöisesti yhden päivän aikana kolmen-neljän viikon välein. Lääke annostellaan suonensisäisesti ja samalla huolehditaan riittävästä nesteytyksestä. (Elonen & Elomaa, 2007, 163-167).

Sytostaatit vaikuttavat myös ihmisen normaaleihin soluihin, joten sytostaattihoidojen hyödyt ja haitat täytyy aina potilaskohtaisesti tarkkaan miettiä ennen hoitojen aloittamista. Solunsalpaajat vaikuttavat erityisesti nopeasti jakautuviin soluihin, kuten verta muodostaviin soluihin, suoliston limakalvon soluihin sekä karvatupen soluihin. (Elonen & Elomaa, 2007, 163-167). Veriarvot ovat yleensä alhaisimmillaan 10-14 päivää solunsalpaajahoidon jälkeen, joten arvoja tulee säännöllisesti tarkkailla. Solunsalpaajista usein aiheutuvaa pahoinvointia voidaan nykyään tehokkaasti ehkäistä lääkityksellä. (Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri, 2012).

Tutkimusta tehtäessä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin gynekologiset syöpäpotilaat saivat solunsalpaajahoidoja Tyksin naistentautien klinikan sytostaatti viikko-osastolla. Pääsääntöisesti potilaat tulivat osastolle aamulla ja saivat solunsalpaajahoidon päivän aikana. Tarvittaessa osastolla oli mahdollisuus myös yöpyä, mikäli se oli tarpeellista solunsalpaajan annostelun vuoksi. Vuoden 2013 huhtikuussa osaston toiminta muuttui ja gynekologisten syöpäpotilaiden solunsalpaajahoidot siirtyivät toteutettavaksi Tyksin infuusiopoliklinikalle.

2.2 Seksuaalisuus

Seksuaalisuus on ihmisyyden olennainen osa, johon kuuluu seksuaalinen kehitys ja biologinen sukupuoli, seksuaalinen suuntautuminen, sosiaalinen sukupuoli-

li-identiteetti ja sen mukainen rooli sekä suvun jatkaminen. Seksuaalisuus muuttuu jatkuvasti elämänkaaren aikana eikä se tarkoita pelkästään yhdyntöjen olemassaoloa. Seksuaalisuus on kaikkien ihmisten ominaisuus eikä sitä voi tarkasti määritellä jonkinlaiseksi, vaan ainoastaan ihminen itse kykenee määrittelemään oman seksuaalisuutensa. Seksuaalisuuteen liittyvät asenteet muotoutuvat jo hyvin aikaisin lapsena vallitsevan ympäristön ja kulttuurin mukana ja seksuaalisuus koetaan usein hyvin yksityisenä ja herkkänä asiana. (Biljuschkin & Ruuhilahti 2010, 13; Brusila 2008, 9; Väestöliitto, 2012.)

Väestöliiton mukaan seksuaalisuus voidaan kokea ja ilmaista usein eri tavoin ihmisten asenteissa, arvoissa, uskomuksissa ja suhteessa itseen ja toisiin. (Väestöliitto, 2012). World Health Organization (WHO) pitää seksuaalisuutta ihmisen synnynnäisenä kykynä ja valmiutena reagoida psyykkisesti ja fyysisesti aistimuksiin ja virikkeisiin kokemalla mielihyvää. (World Health Organization, 2006). Seksuaalisuuden voidaan ajatella kuuluvan yhdeksi ihmisen perustarpeista, jolloin se kuuluu yhtenä olennaisena osana ihmisen terveyttä ja hyvinvointia (Ihme & Rainto 2010, 11).

2.3 Syövän ja syöpähoitojen vaikutus seksuaalisuuteen

Potilaan sairastuessa syöpään, hänen käsityksensä omasta kehostaan muuttuu ja sairaus voi aiheuttaa pysyviä muutoksia seksuaalisuuden kokemisessa (Ihme & Rainto 2008, 242). Erityisesti sairaudet, jotka liittyvät olennaisesti eroottisesti merkittäviin elimiin kuten genitaalialueille tai rintoihin, muuttavat olennaisesti ihmisen seksuaalista käsitystä itsestään (Brunila, P. 2011. 40). Ulkomailla on tehty useita tutkimuksia syövästä ja seksuaalisuudesta. On tutkittu esimerkiksi gynekologisen syövän merkitystä seksuaalisuuteen (Crowther ym. 1994; Jefferies ym, 2011), hoitojen vaikutusta syöpää sairastavien seksuaalisuuteen (Burns ym, 2007; Eker & Acikgoz, 2011; Wilmoth ym. 2011) sekä tarkasteltu interventioiden vaikutuksia syöpähoitojen jälkeisiin seksuaalisiin toimintahäiriöihin (Miles, C. ym. 2010). Suomessa on tutkittu muun muassa seksuaaliohjauksen odotuksia eturauhassyöpäpotilaiden ja rintasyöpäpotilaiden näkökulmasta

(Hautamäki-Lamminen ym. 2010), seksuaalisuuden muuttumisen kokemuksia syöpään sairastumisen jälkeen (Hautamäki-Lamminen ym. 2008) sekä syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyviä tiedontarpeita (Hautamäki-Lamminen ym. 2011).

Australialaisessa kirjallisuuskatsauksessa on tarkasteltu 24 tutkimuksen avulla syövän ja syöpähoitojen vaikutuksia naisen seksuaalisuuteen. Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset ovat vuosilta 1990-2011 ja käsittelevät gynekologista syöpää ja seksuaalisuutta. Tuloksien mukaan naiset kokevat fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia muutoksia syöpähoitojen takia. Muutoksia on havaittu mm. *seksuaalisessa halussa, nautinnon tuntemisessa, orgasmin saannissa, emättimen kostumisessa, genitaalialueen herkkyydessä, kiihottumisessa sekä yhdyntöjen määrän* muutoksessa. Naiset kokevat negatiivisia muutoksia *seksuaali-identiteetissään ja kehonkuvassaan* sekä monet kokevat *naiseutensa muuttuneen* lisääntymiselimien poiston jälkeen. Naiset kokivat *masennusta, ahdistuneisuutta* ja *tuskaa* liittyen seksuaalisuuden muutoksiin. Kumppanilla on suuri merkitys miten naiset kokevat seksuaalisuuden muutokset ja miten he sopeutuvat niihin. (Gilbert ym. 2011, 42).

Leikkaushoidoilla on paljon vaikutuksia naisen seksuaalisiin toimintoihin. Kohdunpoisto yhdistetään epäsuotuisiin emättimen alueen muutoksiin, kuten *emättimen yläosan lyhentymiseen* ja lantion alueen *hermojen vahingoittumiseen*. Se on yhdistetty myös *tunnon alentumiseen* sekä *orgasmin häiriintymiseen*. Naiset ovat kokeneet lisäksi *seksuaalista haluttomuutta* ja *seksuaalisen tyydyttymisen* vähentymistä. Erityisesti naiset, jotka ajattelevat naiseutensa kytkeytyvän lastentekokykyyn, ovat kokeneet kohdunpoiston merkittäväksi *naiseuden menetykseksi*. Nämä naiset kokivat kehonkuvansa ja itsetuntonsa huonontuneen ja ajattelivat sen vaikuttavan negatiivisesti parisuhteeseen. Muutamassa tutkimuksessa on kuitenkin myös todettu, että kohdunpoistolla ei ole ollut suuria vaikutuksia naisen seksuaalisuuteen. Naiset, jotka olivat kärsineet runsaista vuodoista, ovat olleet jopa helpottuneita kohdunpoiston jälkeen. (Gilbert ym. 2011, 42). *Genitaalialueen ulkonäön muutokset* vaikuttavat olennaisesti naisen seksuaali-identiteettiin. Munasarjojen, ulkosynnyntinten ja klitoriksen poistolla on todettu

olevan kielteisimmät vaikutukset naisen seksuaalisuuteen. (Brunila, P, 2011, 40-41.)

Gilbertin ym. kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että nainen saattaa kokea seksuaalisen *viehätysvoimansa* ja *itsetuntonsa* vähentyvän. Sairastunut voi olla *huolissaan kumppanin reaktioista* naisen muuttuneeseen vartaloon ja sairauteen. Kumppanin merkitys onkin erittäin suuri naisen selviytymisen tukemisessa. Tutkimustuloksista käy ilmi, että gynekologisella syövällä voi olla positiivisia vaikutuksia parisuhteeseen. Emotionaalinen läheisyys, kommunikaatiokyky sekä kumppaneiden ymmärrys toisiaan kohtaan ovat lisääntyneet ja he ovat kokeneet suhteensa parantuneen. On kuitenkin myös tapauksia joissa naisen seksuaalisuuden muutokset ovat erkaannuttaneet pariskuntaa. (Gilbert ym, 2011, 55.)

Yhdyntöjen olemassaolo ei välttämättä tarkoita, että nainen kokisi seksuaalisten tarpeidensa täyttyvän. Gilbert ym. toteavat, että syöpään sairastuneet naiset kokevat seksuaalisen tyydyttyneisyyden usein liittyvän enemmänkin seksuaaliseen läheisyyteen kuin itse seksiin. Kuitenkin nainen herkästi ajattelee, että pelkkä läheisyys ei kumppanille riitä ja että mikäli yhdyntöjä ei ole, parisuhde kärsii. Useasti käykin niin, että parisuhteen molemmat osapuolet vaikenivat seksuaalisuudesta, mikä taas voi johtua tiedon puutteesta. Niinpä terveydenhuoltoammattilaisten tulisi aina antaa potilaalle mahdollisuus seksuaalisuuden käsittelemiseen tarvittaessa myös kumppanin läsnä ollessa. (Gilbert ym, 2011, 55.)

2.4 Seksuaaliterveys ja seksuaalioikeudet

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet tuotiin ensimmäistä kertaa virallisesti esille 1994 Kairossa järjestetyssä YK:n kansainvälisessä väestö- ja kehityskonferenssissa ja tuolloin *seksuaali- ja lisääntymisoikeudet* liitettiin osaksi kansainvälisiä ihmisoikeuksia (State of World Population 2004).

Seksuaali- ja lisääntymisterveys tarkoittaa täyttä ruumiillista, henkistä ja sosiaalista hyvinvoinnin tilaa seksuaalisuuden kokemisessa. Seksuaaliterveyttä ei

saavuteta pelkästään vamman tai sairauden puuttumisella. Seksuaali- ja lisääntymisterveys on mahdollista, jos ihminen kykenee vastuullisesti, turvallisesti ja tyydyttävästi toteuttamaan seksuaalisuuttaan. (World Health Organization, 2002.) Seksuaaliterveys on ihmisen ympäristön tulos, jossa yksilön seksuaalioikeudet tunnustetaan ja niitä kunnioitetaan. Yhteiskunnassa seksuaalioikeudet täytyy tunnustaa ja taata tasapuolisesti kaikille sekä niitä tulee kunnioittaa joka tilanteessa. (World Association for Sexual Health, 2010). Seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien keskeinen sisältö on, että ihmisellä on itsemäärämisoikeus seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Jokaisella ihmisellä tai parilla on oikeus vastuullisesti itse päättää muun muassa ihmissuhteiden solmimisesta, lasten hankinnasta ja ehkäisystä. (World Health Organization, 2002).

2.5 Seksuaaliterveyden edistäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2007 Suomen ensimmäisen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman vuosille 2007–2011. Sen mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä neuvonta tulee liittää osaksi peruspalveluja, sairaanhoitoa sekä ehkäisevää työtä, eli sen on oltava kaikkien saatavilla. Seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan tavoitteena on tukea ammatillisesti asiakkaan seksuaaliterveyttä yksilöllisesti hänen tarpeidensa mukaan. (Paananen ym. 2009,554; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.)

Seksuaaliohjaus on potilaalle annettavaa tilannekohtaista tietoa silloin, kun hoitotilanne koskettaa potilaan seksuaalisuutta. Seksuaaliohjauksen antaminen kuuluu jokaiselle hoitotyöntekijälle ja seksuaalisuus tulee nähdä osana terveyttä ja hyvinvointia. (Suomen seksologinen seura ry, 2012; Wilmoth 2007). Seksuaaliohjauksen tavoite hoitotilanteessa on, että potilas hyväksyy oman seksuaalisuutensa ja saa ajankohtaista tietoa sairauden, hoidon tai lääkityksen vaikutuksista seksuaalisuuteen (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 129, 142). *Seksuaalineuvonta* koostuu 2-5 tapaamiskerrasta, joissa käsitellään asiakkaan seksuaalisuuteen liittyvää ongelmatilannetta yksilöllisesti ja luottamuksellisesti. Seksuaa-

lineuvontaa voi antaa koulutuksen saanut seksuaalineuvoja. (Paananen ym. 2009, 554; Suomen seksologinen seura ry, 2012.)

Seksuaaliterveyden edistäminen on osa kokonaisvaltaista hoitotyötä ja seksuaalisuuden puheeksi ottaminen kuuluu hoitohenkilökunnalle (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2012). Tärkeää on luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiiri, jotta asiakas uskaltaa puhua asioista, jotka saattavat olla hyvinkin arkoja ja vaikeita. (Ihme & Rainto. 2008, 27, 242). Valtaosa potilaista tulee autetuksi, kun heille annetaan lupa keskustella seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä ongelmista (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 283). Hoitohenkilökunnan avuksi on luotu erilaisia malleja, joiden avulla seksuaalisuus voidaan ottaa puheeksi.

2.5.1 PLISSIT-malli

Vuonna 1976 Jack Annon kehitti PLISSIT-mallin jäsentämään ammatillista työskentelyä seksuaaliterapian näkökulmasta, jossa seksuaalineuvonta ja -terapiatyö on jaettu neljälle eri toiminnan tasolle. Sally Davis ja Bridget Taylor ovat tämän jälkeen kehittäneet PLISSIT-mallia paremmin soveltuvammaksi hoitotyön arkeen. Siinä (Extended PLISSIT model) luvan antamisen taso korostuu jokaisella neljällä tasolla. (Bildjuschkin & Ruuhilahti, 2010, 94-95; Davis & Taylor, 2006, 35-36.)

Plissit-mallin kaksi ensimmäistä tasoa eivät tarvitse erityistason koulutusta vaan niitä voi jokainen hoitotyössään toteuttaa. *P (Permission)* tarkoittaa luvan antamista potilaalle. Tässä tasossa tuodaan seksuaalisuus esille ja annetaan asiakkaalle oikeus kysyä ja pohtia seksuaalisuutta koskevia kysymyksiä. *Li (Limited information)* eli kohdennetun tiedon taso. Hoitoalan ammattilainen antaa seksuaaliasioista tietoa potilaan henkilökohtaisten tarpeiden mukaan. Tällä tasolla potilaan kanssa tulee keskustella konkreettisista asioista, esimerkiksi sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen tai parisuhteeseen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti, 2010, 94-100; Davis & Taylor, 2006, 36-38.)

SS (Special Suggestions) tarkoittaa erityistiedon tasoa, jossa voidaan käsitellä esimerkiksi seksuaalista haluttomuutta terapian avulla. Viimeinen taso eli *IT*

(*Intensive Therapy*) on pitkäkestoisen terapian taso, jota käytetään kun potilaalla on hyvin monitahoisia tai laajoja ongelmia seksuaalisuudessa tai taustalla on traumaattisia kokemuksia. Kaksi viimeistä tasoa vaativat seksologian koulutusta ja niissä haetaan aktiivisesti muutosta asiakkaan tilaan. (Biljdjuschkin & Ruuhilahti, 2010, 94-100; Davis & Taylor, 2006, 38-39; Paananen ym. 2009, 554-555.)

2.5.2 BETTER-malli

Vuonna 2004 Mick, Hughes ja Cohen loivat BETTER-mallin alun perin hoito-henkilökunnalle syöpää sairastavien hoidon apuvälineeksi, mutta sitä voi käyttää myös muiden potilasryhmien hoidossa. Mallin mukaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat tulisi ottaa asiakkaan puheeksi siten, että ihmisen ainutlaatuisuus ja hänen elämäntilanteensa otetaan huomioon mahdollisimman hyvin. Lisäksi tulisi arvioida miten potilas parhaiten oppii ja omaksuu tiedon, jolloin voidaan käyttää eri havainnollistamis- sekä opetusmetodeja. (Biljdjuschkin & Ruuhilahti, 2010, 100).

Ensimmäinen taso *Bring up the Topic* tarkoittaa seksuaalisuuden puheeksiotamista. Tarkoituksena on tuoda esille niitä asioita, joilla saattaa olla merkitystä potilaan seksuaalisuuden kokemisessa. Seuraavassa tasossa (*Explain*) kerrotaan potilaalle, että hoitotyöntekijän työhön kuuluu ottaa seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi sekä ilmaistaan, että hän voi kertoa kaikista huolenaiheistaan. Kolmannessa *Tell*-tasossa työntekijä kertoo potilaalle hankkivansa tarvittavat tiedot ja avun potilaan tarpeiden mukaan. *Timing* tarkoittaa, että työntekijän tulee arvioida keskustelun oikea-aikaisuus. Potilaalle tulee kertoa, että seksuaaliasioista voi kysyä missä vaiheessa tahansa myös tulevaisuudessa mikäli juuri sillä hetkellä tilanne ei ole sopiva. *Educate*-tasossa potilaalle annetaan konkreettista ohjausta esimerkiksi syöpähoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Lopuksi työntekijän tulisi kirjata (*Record*) oma toiminta ja arviointi potilasasiakirjoihin. (Mick ym, 2004, 84-86; Ryttyläinen & Valkama, 2010, 139, 142.)

2.6 Seksuaalisuuden puheeksiottamisen haasteita

Hanna Petäjä on vuonna 2010 valmistuneen opinnäytetyön (YAMK) avulla kehittänyt Turun yliopistollisen keskussairaalan Naistenklinikalle seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin. Soveltavan tutkimuksen osuudessa Petäjä kartoitti kyselylomakkeen avulla Naistenklinikan gynekologisten hoitajien (N=49) seksuaaliterveyden edistämisen haasteita. Tutkimus osoittaa, että hoitajat kokiivat seksuaalisuuden puheeksi ottamisen hoitohenkilökunnan velvollisuudeksi, mutta vain kolmannes varasi aikaa keskustellakseen seksuaalisuudesta. (Petäjä, 2010, 2, 47-51, 54-56.)

Vastaavanlaisia tuloksia on saatu myös ulkomailta. Hoitajat kokevat, että seksuaalisuus on tärkeä osa syöpää sairastavan holistista hoitoa, mutta vain harva ottaa seksuaalisuuden puheeksi potilaiden kanssa (Errihani ym. 2010, 92; Julien ym. 2010, 186; Olsson ym. 2012, 426; Zeng ym. 2012, 290). ”Meidän pitäisi puhua seksuaalisuudesta – mutta emme yleensä tee niin” -on yksi ruotsalaistutkimuksen (n=10) tulosten pääteemoista. Laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin hoitajien ajatuksia seksuaalisuuden käsittelemisestä syöpäpotilaiden kanssa. (Olsson ym. 2012, 428.)

Irlannissa suoritetussa tutkimuksessa (n=10) haastateltiin hoitajia, jotka työskentelivät kolmen eri sairaalan onkologiyksiköiden sytostaatti päiväosastoilla. Hoitajat käsittivät seksuaalisuuden hyvin monimuotoisena ja tärkeänä ihmisyyden osana, sekä kertoivat sen vaikuttavan olennaisesti naisen minäkuvaan. Tuloksista kävi ilmi, että hoitajilla oli paljon tietoa syövän ja syöpähoitojen mahdollisista vaikutuksista potilaan minäkuvaan ja seksuaalisuuteen. Kuitenkin hoitajat kertoivat välttelevänsä seksuaalisuuteen liittyvien asioiden esille tuomista potilaiden kanssa. Syiksi mainittiin *osaston hälinä, toisien potilaiden läsnäolo, häpeä, ajan puute* ja *pelko* siitä, että järkyttäisi potilasta jotenkin tai sanoisi jotakin ”väärää”. Hoitajat kokivat, että heidän saamansa *koulutus on liian teoriapainotteista*, eikä heille ollut annettu konkreettista opetusta siitä miten seksuaalisuus tulisi ottaa puheeksi. Lisäksi hoitajat kertoivat vallitsevan *kulttuurin* vaikuttavan seksuaalisuuden puheeksiottamiseen. (Lavin & Hyde, 2006, 10-15.)

Syöpäpotilaiden seksuaaliterveyden edistämisen haasteita selvittäneessä määrällisessä Yhdysvaltaistutkimuksessa (N=576) havaittiin myös hoitotyöntekijän *iällä ja hoitokokemuksella* olevan merkitystä seksuaaliasioiden käsittelyssä. Mitä nuorempi ja mitä vähemmän hoitotyötä työntekijä oli tehnyt, sitä epämukavammaksi hän koki seksuaalisuuden käsittelyn potilaiden kanssa. Tutkimuksessa käytettiin vuonna 2005 Reynoldsin ja Magnanin luomaa Sexual Attitudes and Beliefs Survey –mittaria (SABS). (Julien ym. 2010, 188-189.)

2.7 Seksuaaliohjauksen odotuksia syöpään sairastuessa

Hautamäki-Lamminen on julkaissut väitöskirjassaan (2012) syöpään sairastuneiden seksuaaliohjauksen odotuksia. Hautamäki-Lammisen väitöskirjaan sisältyy kolme osatutkimusta, joiden avulla on selvitetty seksuaalisuuden muutoksia syöpään sairastuessa. Hän haastatteli syöpäpotilaita sekä ryhmässä (n=10) että yksilöinä (n=20), lisäksi hän toteutti kyselylomaketutkimukset terveydenhuollon ammattilaisille (n=215) ja syöpäpotilaille (n=484). (Hautamäki-Lamminen, 2012, 50-54.)

Tuloksista käy ilmi, että potilaat odottivat terveydenhuollon ammattilaisten ottavan heidät *yksilöinä huomioon* ja tarpeen tullen *kertovan myös seksuaalisuudesta*. Potilaat odottivat, että *terveydenhuollon ammattilainen avaa keskustelun seksuaalisuudesta*. Potilaille ei ollut merkityksellistä, mikä ammattinimike seksuaaliasioita käsittelevällä työntekijällä oli, vaan tätä tärkeämmäksi koettiin mm. työntekijän ammatillisuus ja herkkyys havaita potilaan tarve keskusteluun. (Hautamäki-Lamminen, 2012, 70-71.)

Sairastumisen alkuvaiheessa koettiin tarpeellisena *saada tietoa sairauden ja hoitojen vaikutuksista* seksuaalisuuteen, mutta varsinaiselle keskustelulle ei välttämättä vielä tässä vaiheessa ollut aihetta, koska päällimmäisenä potilaan mielessä oli sairaudesta selviytyminen. Potilaat kokivat *hoitojen päättymisen jälkeisen tarkastuksen* parhaimmaksi ajankohdaksi keskustelulle. (Hautamäki-Lamminen, 2012, 70-71.)

Southardin ja Kellerin vuonna 2009 julkaistu tutkimus selvitti syöpäpotilaiden käsityksiä seksuaalisuuden määrittelemisestä ja seksuaalisuuden merkityksestä heille. Kyselylomake sisälsi 5 kysymystä, joista kolme oli avoimia kysymyksiä ja kaksi kyllä/ei kysymystä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 52 potilasta, joiden syöpädiagnoosit vaihtelivat. Potilaat olivat iältään 23-84 -vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli 57 vuotta. Vastaajista 46 oli naisia. Vastaajista 42 prosenttia oli sitä mieltä, että seksuaalisuuden käsittely hoitajan kanssa on tärkeää mutta ainoastaan 17 prosenttia vastaajista oli keskustellut seksuaalisuudesta hoitajan - ja 23 % lääkärin kanssa. (Southard & Keller, 2009, 213-214.)

Monet olisivat toivoneet, että seksuaalisuus olisi hoitojen aikana otettu esille. Potilaat toivoivat, että he olisivat voineet keskustella *seksuaalielämän* ja *psykkisten tuntemusten muutoksista* hoitohenkilökunnan kanssa. Suurin osa olisi halunnut kuulla *sytostaattihoitojen* ja *leikkausten fyysisistä vaikutuksista*. Potilaat olisivat arvostaneet tietoa muun muassa *syöpähoitojen vaikutuksista kehonkuvaan, hiustenlähdöstä, hedelmättömyydestä, sperman määrän pienene misestä, haluttomuudesta, aikaisesta menopaussista ja uupumuksen vaikutuksista seksuaalisuuteen*. Psykkiset huolenaiheet liittyivät siihen kuinka suhtautua *rinnan menetykseen, tunne-elämän* ja *itsetunnon muutoksiin* sekä *parisuhteeseen*. Hoitajilta toivottiin *asiantuntevuutta* ja *empaattisuutta*, mutta ei *holhoavaa tai tuomitsevaa* asennetta. Potilaat odottivat, että keskustelu olisi *yksityinen* ja *luottamuksellinen*. (Southard & Keller, 2009, 215-216.)

20 potilasta neljästäkymmenestä oli sitä mieltä, että seksuaalisuuden käsittely ei ole heille tärkeää. Seitsemän henkilöä määritteli seksuaalisuuden *yhdynnäksi*, mikä miellettiin tärkeimmäksi syyksi ohjauksen tarpeettomuudelle. Leskeksi joutuneet iäkkäämmät naispotilaat eivät kokeneet seksuaalisuuden käsittelyä tarpeelliseksi puolison menehtymisen vuoksi. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että syöpä ja syöpähoidot eivät vaikuttaneet heidän seksuaalisuuteensa tai he ajattelivat, että seksuaalisuuskysymykset olivat nuorempien potilaiden huolenaihe. Joillekin vastaajista seksuaalisuuden käsittely ei ollut tärkeää vaan he keskittyivät solunsalpaajahoidoista selviytymiseen. Yksi tutkimukseen osallistunut nai-

nen koki, että hoitajilla oli liian kiire keskustella seksuaalisuudesta. (Southard & Keller, 2009, 215-216.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, mitä odotuksia sytostaattihoitoja saavilla gynekologista syöpää sairastavilla potilailla seksuaaliohjauksesta on ja kuinka he ovat ohjauksen kokeneet.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia odotuksia gynekologista syöpää sairastavilla potilailla oli seksuaaliohjauksesta?
2. Minkälaisia kokemuksia gynekologista syöpää sairastavilla potilailla on saamastaan seksuaaliohjauksesta?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Laadullisen tutkimusmenetelmän avulla pyritään ymmärtämään tutkimuskohdetta sekä kuvaamaan ilmiötä (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 134). Laadullisilla eli kvalitatiivisilla menetelmillä pyritään saamaan tietoa elämän ilmiöistä ja antamaan näille merkitys esimerkiksi kokoamalla yhteen yksilöiden erilaisia havaintoja (Burns & Grove. 2009, 51). Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus antaa mitattavien ominaisuuksien eli muuttujien eroista ja suhteista yleisen kuvan. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan tietoa numeerisesti ja vastaajien lukumäärä on yleensä suuri. (Vilkkä, 2007,13-14.)

Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen eroavaisuuksien vuoksi on järkevää valita toinen pääasialliseksi tutkimusotteeksi, ja toisen avulla voidaan ryhdyttää tutkimusta, esimerkiksi liittämällä kiinnostavasti asiasta pieni kvantitatiivinen mittaus kvalitatiiviseen tutkimukseen (Metsämuuronen, 2008). Tutkimusmenetelmää valittaessa päädyttiin asiaa tarkastelemaan triangulaation eli kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmien yhdistelmällä. Opinnäytetyön pääasiallisena tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, sekä lisäksi yhdessä kysymyksessä käytettiin strukturoitua monivalintakysymystä kysyttäessä olivatko potilaat saaneet seksuaaliohjausta vai eivät. (Kylmä & Juvakka, 2009, 17; Hirsjärvi ym. 2007, 193-194.)

Seksuaalisuus koetaan hyvin henkilökohtaisena asiana ja seksuaalisuuden käsitteilyyn saattaa liittyä paljon noloutta ja haasteita (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 21; Ryttyläinen & Valkama, 2009, 44). Henkilö voi tuntea haastattelutilanteen itseään uhkaavaksi tai pelottavaksi. Lomakekyselyllä (liite 1) vältettiin haastattelutilanteesta, haastateltavasta tai haastattelijasta mahdollisesti aiheutuvat virhetekijät. Avoimilla kysymyksillä varmistettiin vastaajan mahdollisuus kertoa, mikä todella on tärkeää hänen ajattelussaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 197, 202.) Kyselylomaketta esiteltiin opinnäytetyön tekijöiden tuttavilla, jotka eivät

ole terveydenhuollon ammattilaisia. Testaajien ehdottamien parannuksien avulla tehtiin kyselylomakkeeseen korjauksia (Metsämuuronen 2006, 50).

4.2 Aineiston valinta ja keruu

Opinnäytetyön aihe ”Seksuaalineuvontaan liittyvät odotukset ja kokemukset” saatiin keväällä 2012 TYKSin naistentautien vuodeosastolta 314/0. Aihetta lähettiin rajaamaan TYKSin naistentautien vuodeosaston hoitajien toiveiden mukaan. Tutkimuslupaa haettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntijaryhmältä tutkimussuunnitelman avulla ja lupa myönnettiin touku-kuussa 2012.

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa yhdyshenkilönä toimi naistenklinikan ylihoitaja, joka nimesi naistentautien vuodeosaston osastonhoitajan informoimaan työntekijöitä tutkimuksesta. Keskustelu toteutui osaksi sähköpostin kautta sekä lisäksi opinnäytetyön tekijät kävivät henkilökohtaisesti keskustelemassa opinnäytetyön käytännön toteutuksesta.

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin naistentautien vuodeosaston sytostaatti viikko-osastolle hoitoihin tulevat gynekologiset syöpäpotilaat. Yhden kuukauden aikana TYKSin naistentautien vuodeosastolla sytostaattihoitoja saa suunnilleen 50-60 potilasta (Niinivirta 2012). Tarkoituksena oli, että hoitohenkilökunta jakaa kesäkuun alusta lähtien 40:lle sytostaattihoitoihin tulevalle potilaalle saatekirjeen (liite 2), kyselylomakkeen, sekä palautuskirjekuoren siinä satunnaisessa järjestyksessä kun potilaat hoitoihin tulevat. Aineiston keruun oli tarkoitus loppua kesäkuun loppuun mennessä, mutta vähäisten vastausten vuoksi naistenklinikan ylihoitaja antoi suullisesti luvan jatkaa kyselylomakkeiden jakoa vielä heinäkuun ajan (Kauppila, 2012).

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 27, joista palautui 18. Potilaat palauttivat lomakkeet suljetussa kirjekuoressa osastolla olevaan palautelaatikkoon. Opinnäytetyön tekijät kävivät tyhjentämässä laatikon muutaman päivän välein. Aikatauluongelmien vuoksi opinnäytetyön tekijät raportoivat tutkimuksen erikseen.

Tämä opinnäytetyö raportoitiin keväällä 2013, jonka jälkeen se on ollut luettavissa Theseus-tietokannassa.

4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön avointen kysymysten vastausten analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Tämän lisäksi käytettiin tilastollista menetelmää analysoitaessa vastauksia kysymykseen oliko potilas saanut seksuaaliohjausta. Sisällönanalyysi voidaan jakaa induktiiviseen (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiiviseen (yleisestä yksittäiseen) tulkintaan. Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli teorialähtöistä menetelmää, jolla luotiin tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus pelkistämisen, ryhmittelyn ja käsitteiden luomisen avulla. (Tuomi 2009, 95, 108.) Analyysin avulla tutkittava ilmiö pyrittiin esittämään tiivistetyssä muodossa (Kylmä & Juvakka, 2007, 113). Analyysiyksikkönä käytettiin sanaa tai lauseen osaa.

Aineisto luettiin läpi useaan kertaan ja tämän jälkeen se litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi. Aineistosta lähdettiin hakemaan ilmaisuja, jotka vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen ilmaisuja alettiin koota alaluokkiin ja muodostettiin niille näitä kuvaava ilmaisu; sana tai lauseen osa. Analyysiä jatkettiin edelleen muodostamalla alaluokista yläluokkia ja luotiin myös yläluokille niiden sisältöä kuvaavat ilmaiset. Yläluokat yhdistämällä muodostuivat lopulta koko aineistoa kuvaavat pääluokat. (Tuomi, 2009, 101.)

Potilaan odotukset seksuaaliohjauksesta muodostui ensimmäiseksi pääluokaksi ja sen yläluokiksi muodostuivat: *Ohjauksen tarpeellisuus, Odotusten täyttyminen, Odotukset tiedonsaannista ja tuesta sekä Odotukset henkilökunnalta*. Toinen pääluokka on *Potilaan kokemukset seksuaaliohjauksesta* ja sen yläluokat ovat *Henkilökunta, Potilas, Potilaiden saama seksuaaliohjaus ja parisuhde* (Liite 3, Taulukko 1).

Koska tutkimuksen analyysin käsitetään olevan aineistolähtöistä, tutkijan aikaisemmillä tiedoilla, havainnoilla tai teorioilla ei pitäisi olla merkitystä tutkimustulosten kanssa. Tämä ei käytännössä ole kuitenkaan yksiselitteistä, koska tutkimusasetelma, kyselylomake ja siinä käytetyt käsitteet ovat tutkijan luomia ja täten vaikuttavat tuloksiin. Analyysivaiheessa tutkijan tulee kuitenkin siis mahdollisimman hyvin siirtää kaikki aikaisemmat tietonsa analyysin ulkopuolelle. (Tuomi, 2009, 95-96.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeita (liite 1) jaettiin yhteensä 27 (N=27), niistä vastauslaatikkoon palautui 18, joista kolme oli tyhjiä. Vastauksia saatiin 15 (n=15) kappaletta ja vastausprosentiksi muodostui 56 prosenttia. Vastaajat olivat iältään 24-67 – vuotiaita. Vastaajista neljä (27%) oli saanut seksuaaliohjausta ja 11 potilasta (73%) ei ollut saanut ohjausta.

5.2 Seksuaaliohjauksen odotukset

Potilaiden käsitykset **seksuaaliohjauksen tarpeellisuudesta** vaihtelivat. Osa oli sitä mieltä, että seksuaaliohjaukseen *on tarvetta* kun osa taas *ei nähnyt sitä tarpeellisena*. Joillekin hoidot tuottivat sen verran sivuoireita, että hän *ei osanneet sanoa* olisiko seksuaaliohjaus tarpeen.

Useat vastaajista olivat sitä mieltä, että seksuaaliohjaus *voisi olla tarpeen jos-sakin toisessa tilanteessa*, mutta ei juuri välttämättä sillä hetkellä. Jonkun kohdalta *seksuaaliohjauksen tarpeellisuus oli jo mennyt ohitse* puolison menehtymisen myötä. Joillakin oli tunne siitä, että asian käsittely ei välttämättä olisi enää kauaa ajankohtaista.

Seksuaaliohjaukseen on tarvetta.

Ei ole tarvetta.

Kunnon parantuessa saatan kaivata ohjausta.

Odotan parempia aikojan niin katsotaan sitten.

En ole vielä saanut seksuaaliohjausta, mutta se saattaisi olla tarpeen jossain vaiheessa.

Olen leski eikä ole oikein tarvetta seksuaalisiin tuntemuksiin, mutta silloin 2009 olisi ehkä ollut tarvetta käsitellä asiaa.

Kyselylomakkeessa kysyttiin potilailta miten **heidän odotuksensa seksuaaliohjauksesta toteutuivat**. Parilla vastaajalla ei ollut erityisiä odotuksia seksuaaliohjaukselta. Seksuaaliohjausta saaneet kokivat odotusten täyttyneen hyvin.

Minulla ei ollut mitään erityisiä odotuksia koskien seksuaalisuuden käsittelyä, joten voisin sanoa että odotukset ovat hyvin toteutuneet.

Hyvin.

Hyvin siinä mielessä...

En odottanut etukäteen mitään, enkä kaipaa juuri nytäkään.

Potilaat **odotukset tiedon saannista ja tuesta** jakaantuivat usealle osalle alueelle. Ohjausta toivottiin hoitojen vaikutuksista *orgasmin* saantiin sekä *seksuaalisiin toimintoihin*. Toiveena oli, että olisi suoraan kerrottu leikkausten ja hoitojen jälkeen pitääkö *yhdyntää* välttää. Potilaat odottivat, että heidät kohdattaisiin yksilöinä, ja että he saisivat myös henkistä tukea. Potilas kaipasi tukea siihen että kokisi olevansa kokonainen kohdun ja munasarjojen poistosta huolimatta, toinen kaipasi tietoa seksuaalisuuden säilymisestä.

..miten hoidot vaikuttavat orgasmin saantiin.

...orgasmin saaminen on vaikeaa, miltei mahdotonta. Tähän toivoisi ohjausta.

Olisin toivonut että erilaisten gynekologisten operaatioiden jälkeen olisi suoraan sanottu saako harrastaa seksiä vai pitääkö yhdyntä välttää.

Toimenpiteiden vaikutukset seksuaalisiin toimintoihin.

Sitä, että vaikka kohtu ja munasarjat on poistettu, silti tuntisi olevansa kokonainen.

Ehkä olisi hyvä kuulla, että vaikka on gynekologisia ongelmia, seksuaalisuus ei häviä elämästä.

Yksilölliset tuntemukset ja toiminta seksuaalisessa vuorovaikutuksessa.

Yksi potilas ilmaisi, että **henkilökunnasta lääkärin** täytyisi aina ottaa seksuaalisuus puheeksi. Muutoin ei käynyt ilmi kenen kanssa potilaat olisivat halunneet käydä keskustelua seksuaalisuudesta.

Näistä asioista lääkärin pitäisi ottaa asia aina tärkeäksi puheenaiheeksi itse.

5.3 Seksuaaliohjauksen kokemukset

Henkilökuntaan liittyvät kokemukset vaihtelivat. Potilaat kokivat, että henkilökunnalla on *kiire* rauhassa keskustella asioista. Potilas ei keskustelutilanteessa aina ehtinyt tai muistanut kysyä seksuaalisuudesta. Koettiin, että olisi myös mukava jos ei itse tarvitsisi ottaa asiaa esille vaan *henkilökunta ottaisi asian puheeksi*.

Tuntuu olevan liian kiire keskustella asiasta rauhassa.

Lääkäri kertoi vain perusasiat eikä potilas kerkiä eikä muista siinä tilanteessa kertoa seksuaalisuudesta.

...olisi ollut kiva jos ei olisi tarvinnut erikseen kysyä itse.

Monet olivat tietoisia, että *keskusteluapua* on saatavilla tarvittaessa ja osa oli saanut *seksuaaliterapeutin numeron*. Hyväksi koettiin tieto siitä, että tähän voi tarvittaessa olla yhteydessä. Epäilyksiä kuitenkin heräsi siitä, kuinka helppo hänen juttusilleen on päästä ja olisiko siitä apua. Etukäteen ajateltiin myös, että seksuaaliterapeutti keskittyy henkisen puolen läpikäyntiin, kun taas potilaan ohjauksen tarve painottui fyysisiin asioihin. Yksi henkilö oli tavannut seksuaalineuvojan.

On useasti sanottu että keskusteluapua on tarjolla jos/kun sitä haluaa.

...en tiedäkään olisiko esim. seksuaaliterapeutin juttusille käytännössä aikoja tai helppo päästä, auttaisiko se ja saisiko apua tarvitsemansa määrän.

Sain seksuaaliterapeutin numeron, ja halutessani olisi voinut hakeutua hänen juttusilleen mutta tarpeeni olivat enemmän fyysisiä kuin henkisiä.

Hyvä myös se, että nyt on numero mihin soittaa, jos mieltä askarruttaa tai tulee ongelmia.

Minä ja mieheni tapasimme ennen kotiinlähtöä seksuaalineuvojan.

Myös *lääkärin* kanssa oli keskusteltu seksuaaliasioista ja saatu tietoa leikkausten vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksielämään.

Kysyin lääkäriltä onko haittaa jos mieheni tyydyttää minua käsin.

Sain lääkäriltä tiedon siitä, että leikkauksella ei pitäisi olla vaikutusta seksuaalisuuteen.

Potilaat kokivat seksuaaliohjauksen eri tavoin. Vastaaajista osa oli saanut *seksuaaliohjausta riittävästi*. Kävi kuitenkin ilmi, että ohjaus saattoi aiheuttaa myös *hämmennystä* ja seksuaalisuuden käsittely koettiin tietojen tuputtamisena.

Pyytämäni asia selvitettiin hyvin.

Sain kysymyksiini riittävän vastauksen.

...se tieto on riittänyt minulle.

Olin hyvin hämmästynyt kun minulle tuputettiin seksuaalisuuteen liittyviä tietoja.

Seksuaalineuvontaa saanut potilas koki saamansa *neuvonnan tärkeäksi*. Hyväksi koettiin mm. *pelkojen* jakaminen ammattilaisen kanssa. Potilas koki myös tärkeäksi, että hänelle oli annettu aikaa rauhassa käydä *surutyötä* asian kanssa ja sen jälkeen hänellä oli uusi mahdollisuus keskustella asioista.

Mielestäni seksuaalineuvonta oli tosi tärkeää sillä lääkärin kanssa keskustellaan vain ns. yhdyntäluvasta.

Sain kertoa pelkojani hermojen vaurioitumisista ja jos tulee haavaumia sekä kuroutumista.

Mielestäni oli hyvä että sain rauhassa lukea esitteet ja tietoa asiasta sekä käydä "surutyötä" asian suhteen ja sitten sain tavata uudelleen seksuaalineuvojan.

Potilaat olivat saaneet seksuaaliohjausta eri osa-alueilla ja eri tavoin. Fyysisien asioiden osalta potilaat saivat informaatiota *syövän ja syöpähoitojen vaikutuksista* seksuaalisuuteen, *ennaltaehkäiseviä ohjeita* sekä *konkreettisia esimerkkejä* esimerkiksi liukuvoiteista. Yksi henkilö oli saanut seksuaalisuusesitteen, mutta muuten seksuaalisuutta ei käsitelty.

...kertoi miten syöpä ja minulle tehty leikkaus sekä syöpähoidot voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen.

...kertoi lantion alueella tehtävän sädetyksen vaikutuksista, emättimen limakalvojen kuivumisesta ja mahdollisesta kuroutumisesta. Sen ennaltaehkäisystä.

...ja (sain) ennaltaehkäiseviä ohjeita.

...konkreettisia esimerkkejä eri liukuvoiteista ja sen ”sauvan” millä kuroutumista ehkäistään.

...saamaani seksuaaliesitettä lukuun ottamatta ei tullut (seksuaalisuus esille).

Potilaiden henkinen jaksaminen oli tullut huomioiduksi. Seksuaaliohjauksessa oli saatu tukea seksuaalisuuden muutoksissa sekä otettu huomioon potilaan omakohtaiset tuntemukset.

Sain tukea...

Kyseli tuntemuksia.

Parisuhde nousi esille seksuaalisuutta käsiteltäessä. Potilas oli kokenut tärkeäksi ja mielekkääksi sen, että *puoliso* oli saanut olla mukana seksuaaliohjaustilanteessa. Tämä oli helpottanut seksuaalisuuden käsittelyä kotona ja nainen oli kokenut saaneensa puolisolta tukea.

Hyvää oli se, että mieheni oli mukana niin asiasta oli helppo keskustella kotona ja saada toiselta tukea.

Ohjaustilanteessa potilaalle oli kerrottu, että hänelle tulee rauhassa antaa *aikaa* sekä oli korostettu *läheisyyden merkitystä*. Lisäksi potilas oli saanut ohjauksessa kertoa *paineista* ”hyvänä vaimona” olemisesta.

Korosti että minulle tulee antaa aikaa eikä saa painostaa.

Kertoi että läheisyys-, hieronnat ym. ovat seksuaalisuutta ei pelkkä yhdyntä.

...(Kertoi, että) tärkeää säilyttää läheisyys niin myöhemmin rakasteluun palaaminen ei ole niin ”vaikeaa”.

Sekä (sain kertoa) paineita siitä olinko enää ”hyvä vaimo”.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA TUTKIMUSETIIKKA

6.1 Luotettavuus

Tutkimuksissa pyritään aina arvioimaan sen luotettavuutta. Usein se tapahtuu reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Kyseiset käsitteet ovat saaneet alkunsa kvantitatiivisen tutkimuksen piirissä ja ne ovat kvalitatiivisissa tutkimuksissa saaneet erilaisia tulkintoja. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-227; Tuomi & Sarajärvi, 2009, 136-137.) Ei ole mitään yksiselitteistä ohjetta kuinka kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida, mutta usein ajatellaan, että tutkimusprosessia tulisi tarkastella kokonaisuutena, jolloin tutkimuksen sisäinen koherenssi eli yhdenmukaisuus säilyy. Tämä korostuu erityisesti tulosten analysointivaiheessa, jolloin tutkimuskysymyksiin haetaan vastauksia. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 140-141.) Yksi tapa, jolla laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida, on tarkastella sen uskottavuutta, siirrettävyyttä, refleksiivisyyttä sekä vahvistettavuutta (Kylmä & Juvakka, 2007, 128).

Uskottavuuden edellytys on, että tutkimuksen ja tulosten uskottavuus osoitetaan. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkimukseen osallistujan näkökulmasta ja hänen ymmärtämiseensä voi mennä jonkin verran aikaa. (Kylmä & Juvakka, 2007, 128.) Opinnäytetyötä tehtiin kokonaisuudessaan lähes vuoden ajan, joten asiaan on perehdytty pitkäjänteisesti. Osallistujille tehdyt kysymykset pyrittiin muotoilemaan niin, että mahdollisimman vähän johdateltiin vastaajaa. Kysymyksien asettelussa pyrittiin siihen, että vastaajat kykenisivät vastaamaan mahdollisimman hyvin omien kokemuksensa ja ajatustensa pohjalta ilman johdattelemista. Kyselylomake esiteltiin opinnäytetyön tekijöiden eri-ikäisillä tuttavilla, joilla ei ole hoitoalan koulutusta ja näin varmistettiin sen ymmärrettävyys.

Siirrettävyys tarkoittaa, että tuloksia voidaan siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin. Raportoinnissa tutkimuksen tekijän on annettava mahdollisimman paljon tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, jossa tutkimus on toteutettu, jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida. (Kylmä & Juvakka, 2007 129.) Tutkimukseen osallistujien valintamenetelmä sekä kuvaukset ympäristöstä on esitetty tutkimusprosessin kuvauksessa sekä viitekehyksessä.

Reflektiivisyyden lähtökohtana on, että tutkija tiedostaa ja ymmärtää omien taustojensa merkityksen tutkimuksen tekemisessä. Tutkimuksen tulisi arvioida koko tutkimusprosessin ajan, miten hän saattaa vaikuttaa aineistoon sekä sen tulkintaan. (Kylmä & Juvakka, 2007, 129). Opinnäytetyöntekijä on tiedostanut tutkimuksen toteuttamisen lähtökohdat ja omat tietonsa, jotka saattavat vaikuttaa tutkimuksen tekemiseen. Nämä eri tekijät on pyritty tietoisesti sulkemaan tutkimusprosessin ulkopuolelle erityisesti analyysivaiheessa.

Vahvistettavuus edellyttää, että tutkimuksen tekijä kuvaa mahdollisimman tarkasti, miten hän on päässyt tuloksiinsa ja tulkintaansa, jotta toinen tutkija voi tarvittaessa toistaa tutkimuksen. Saattaa kuitenkin käydä niin, että toinen tutkija ei päädy samanlaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin vaikka aineisto olisikin sama. Tämä kuitenkin hyväksytään kvalitatiivisessa tutkimuksessa, koska ei ajatella että on vain yksi ”totuus”. (Kylmä & Juvakka, 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä tutkimusprosessi on kuvattu mahdollisimman tarkasti, jotta lukija saisi mahdollisimman tarkan kuvan siitä, miten tutkimus on toteutettu. Analyysivaiheen prosessi on liitetty opinnäytetyöhön selkeyttämään sisällönanalyysia.

Usein käsityksenä on, että triangulaatiolla eli useiden menetelmien yhteiskäytöllä kyetään parantamaan tutkimuksen luotettavuutta. Triangulaatio voi joissakin tapauksissa mahdollistaa monimuotoiset tulokset ja siten tuoda uusia näkökulmia selityksiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 142, 148-149.) Tässä tutkimuksessa on käytetty kvalitatiivisen menetelmän apuna myös kvantitatiivista lähestymistapaa selkeyttämään ja rikastuttamaan tutkimusta.

6.2 Eettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö merkitsee toisen kunnioittamista ja tervettä järkeä, sekä eettisen ajattelun sisäistämistä (Eriksson ym. 2012, 29). Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tulee noudattaa hyviä tieteellisiä käytänteitä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ja Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) ohjeiden mukaan, jotta tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, sekä tulokset ovat uskottavia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002).

Ihmistieteiden eettiset periaatteet voidaan jakaa kolmeen seuraavaan osaluokkaan: *tutkitavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingoittamisen välttämiseen sekä yksityisyyteen ja tietosuojaan* (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009).

Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Tarkoituksen ja tavoitteiden selvittäminen on erityisen tärkeää käsiteltäessä arkaluontoisia asioita. (Kuula 2011, 105). Tutkimuksen päätarkoitus ja tavoitteet kerrottiin saatekirjeen avulla potilaille, jotta he kykenivät arvioimaan halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Saatekirjeestä kävi ilmi opinnäytetyön tekijöiden ja ohjaajan yhteystiedot, joten kyselyn vastaanottajalla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä niin halutessaan esittääkseen lisäkysymyksiä.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta. Ensisijaisesti tutkittava henkilö määrittelee itse yksityisyyden ja arkaluontoisuuden rajat osallistuessaan tutkimukseen. Kyselylomakkeeseen vastatessaan tutkittavat välttelevät vahingollisiksi tai haitallisiksi kokemiaan aiheita ja jättävät näihin kysymyksiin vastaamatta. Tutkimustuloksia ei ole esitetty arvostelevalla tai tutkittavia vahingoittavalla tavalla, vaan tulokset perustuvat aineistoon ja sen analyysiprosessiin sekä tutkittavia on kunnioitettu tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009.)

Aineisto käsiteltiin täysin luottamuksellisesti tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkittavilta ei kysytty suoria tunnistetietoja, joten tutkimustuloksista ei voi identi-

fioida yksittäisiä henkilöitä (Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto, 2010). Tutkimusaineisto ja siihen liittyvät analysointivälineet hävitetään asianmukaisesti analysoinnin ja raportoinnin jälkeen.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa gynekologisten syöpäpotilaiden seksuaaliohjauksen odotuksista ja kokemuksista kyselylomakkeen avulla. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset melko hyvin. Tarkoituksena on, että tulosten avulla voidaan kehittää seksuaaliohjausta yhä enemmän potilaiden odotusten mukaisiksi.

Suurin osa vastaajista ei ollut saanut seksuaaliohjausta. Kuitenkin valtaosa niistä vastaajista, jotka olivat käyneet seksuaaliasioita jollakin tavalla läpi henkilökunnan kanssa, olivat tyytyväisiä seksuaaliohjaukseen. Tuloksista käy ilmi, että potilaiden seksuaaliohjauksen tarpeet vaihtelevat suuresti. Monet kokivat, että seksuaaliohjaus olisi jossakin vaiheessa hoitoja tarpeellista.

Odotukset tiedosta ja tuen saannista vaihtelivat. Potilaat halusivat tietää muun muassa orgasmin saannista, yhdynnästä sekä seksuaalisista toiminnoista. Samankaltaisia tuloksia saivat myös Southard ja Keller (2009) tutkimuksessaan. Odotukset yksilöllisyydestä, kokonaisuuden tunteen ja seksuaalisuuden huomioimisesta olivat myös asioita, jotka olivat aiemmin käyneet ilmi Hautamäki-Lammisen (2012) tutkimuksissa. Osa potilaista toivoo enemmän henkistä tukea ja tunteiden huomioimista, kun toiset taas haluavat tietää enemmän syövän ja syöpähoitojen fyysisistä vaikutuksista.

Hautamäki-Lammisen väitöskirjassa (2012) todettiin, että vastaajien mielestä ei ollut merkityksellistä kuka ammattihenkilöstä ottaa seksuaalisuuden puheeksi. Tämän opinnäytetyön tutkimuksessa vain yksi vastaajista mainitsi, että lääkärin pitäisi ottaa asia aina puheenaiheeksi. Muut vastaajat eivät maininneet kenen ammattihenkilön kanssa he haluaisivat keskustella aiheesta. Tästä voidaan päätellä, että todennäköisesti potilaalle ei ole suurta merkitystä kuka seksuaaliohjausta antaa. Asiaa voisi kuitenkin tutkia vielä lisää määrällisellä tutkimuksella.

Potilaiden kokemukset saamastaan seksuaaliohjauksesta olivat pääosin positiivisia. Potilaat ovat kuitenkin herkkiä aistimaan osastolla olevan kiireen ja koettiin, että asioista ei ole aikaa keskustella rauhassa. Tämän vuoksi tulisi rauhoittaa tilanteet, jolloin potilaan kanssa keskustellaan, sekä pyrkiä luomaan keskustelutilanteeseen luottamuksellinen ilmapiiri. Tällöin myös potilaan on helpompi kertoa tuntemuksistaan ja huolistaan. Yksi vastaajista koki, että olisi ollut mieluista jos henkilökunta olisi ottanut seksuaalisuuden puheeksi eikä olisi tarvinnut itse kysyä asiasta. Vastaajien joukossa oli myös potilaita, jotka olisivat toivoneet ohjausta, mutta eivät olleet sitä saaneet. Kaikki eivät kuitenkaan kaipaa seksuaaliohjausta ja kokevat aiheen käsittelyn epämukavana. Tämän vuoksi seksuaaliohjausta toteuttavan tulee olla hyvin herkkä aistimaan potilaan tarpeet.

Muutamit potilaat olivat keskustelleet seksuaalineuvojan tai lääkärin kanssa seksuaalisuudesta tai he tiesivät, että keskustelua apua on saatavilla, mikäli sitä tarvitsee. Myös joillakuilla vastaajista oli seksuaaliterapeutin numero tiedossa tai hän oli saanut seksuaalisuusesitteen. Potilailla oli kuitenkin epävarmuutta siitä, olisiko kuitenkaan mahdollista saada aika ammattihenkilön puheille, tai osaisivatko hän auttaa potilasta. Jollakulla oli myös käsitys, että ammattihenkilön apu olisi enemmän henkistä, kun taas potilaan tiedon tarpeet liittyivät enemmän fyysisiin ongelmiin. Tästä voidaan ajatella, että ammattihenkilöiden toimenkuva ei ole täysin selvä potilaille ja potilaat ovat hiukan epäluuloisia heidän tarjoamia mahdollisuuksia kohtaan. Esimerkiksi seksuaalineuvojan tarjoama apua ja toimenkuvaa voisi jatkossa tuoda lisää potilaille esille.

Parisuhteessa elävillä seksuaalisuuden muutokset vaikuttavat usein jollakin tavalla myös puolisoon. Potilas, joka oli saanut puolisonsa läsnä ollessa seksuaaliohjausta, koki tämän erittäin hyvänä asiana, koska myöhemmin asioista oli helpompi keskustella myös kotona. Puolisolle oli annettu esimerkiksi ohjeita miten läheisyyttä ja seksuaalisuutta voi toteuttaa muutoinkin kuin yhdynnällä. Puolison on helpompi ymmärtää potilasta silloin, kun myös hän tietää miten syöpähoidot voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen ja voiko hän jollakin tavalla vaikuttaa puolisonsa tilanteeseen.

Kyselylomakkeen kysymyksiä olisi voinut hieman tarkentaa tai muotoilla eri tavalla, jotta niihin vastaaminen olisi helpottunut. Viimeiseen kysymykseen, jossa kysyttiin odotusten toteutumisesta, ei vastauksia saatu kovinkaan runsaasti. Tämä toki osittain selittyy sillä, että osalla vastaajista ei ollut odotuksia seksuaaliohjauksesta. Myöskään valtaosa ei ollut saanut seksuaaliohjausta, joten ohjaukseen liittyvät odotukset eivät voineet toteutua.

Seksuaaliohjausta käsitteenä olisi voinut yhä enemmän tarkentaa, jotta käsitteen ymmärtäminen olisi lisääntynyt ja olisi varmistuttu siitä, että kaikki ymmärtävät mitä kaikkea seksuaalisuudella tarkoitetaan. Toisaalta seksuaalisuutta ei pystykään rajaamaan tarkasti, vaan se tarkoittaa jokaiselle henkilölle eri asioita. Tämän takia yksilöllisyys on yksi tärkeimmistä asioista, mikä tulee ottaa huomioon seksuaaliohjausta toteutettaessa.

7.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa gynekologisen syöpäpotilaan seksuaaliohjauksen odotuksista ja kokemuksista. Kävi ilmi, että suurin osa ei saa seksuaaliohjausta, vaikka potilaat kokevat, että jossakin vaiheessa hoitoja se olisi tarpeellista. Potilaiden odotukset ja tarpeet seksuaaliohjauksesta ovat kuitenkin erilaisia, joten mitään tiettyä mallia seksuaaliohjauksesta ei voi tehdä. Sen sijaan seksuaaliohjaus tulisi toteuttaa aina potilaan lähtökohdat ja toiveet huomioon ottaen. Henkilökunnan lisäkoulutukselle on tarvetta, jotta hoitotyöntekijöillä on oikeanlaiset tiedot ja taidot seksuaalisuuden huomioon ottamisessa. Jokaiselle potilaalle tulisi antaa mahdollisuus seksuaalisuuden käsittelyyn.

Kuten aikaisemmista tutkimuksista on käynyt ilmi, hoitajat kokevat seksuaaliohjauksen tärkeäksi (Errihani ym. 2010, 92; Julien ym. 2010, 186; Lavin & Hyde, 2006, 10-15; Olsson ym. 2012, 426; Petäjä, 2010, 47-51; Zeng ym. 2012, 290). Jatkossa tulisikin taata, että jokaisen potilaan kanssa otetaan seksuaalisuus esille, minkä jälkeen potilas saa itse päättää tarvitseeko hän ohjausta enemmän, tai haluaako hän ylipäätyään keskustella asiasta. Tulevaisuudessa voisi

tutkia millaista ohjausta tai opetusta hoitajat toivoisivat saavansa, jotta seksuaalisuuden käsittely helpottuisi.

Tulevaisuudessa haastattelulla voisi saada tarkempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa ohjauksen odotuksista ja kokemuksista. Olisi mielenkiintoista tietää tarkemmin millaista ohjausta potilaat toivoisivat ja miten se tulisi toteuttaa. Haasteena haastattelussa kuitenkin on, että moni edelleen kokee seksuaalisuuden erittäin arkaluontoisena asiana.

Parisuhteen merkitys nousi vahvasti esille. Olisi hyvä miettiä myös laajemmin puolison huomioimista potilaan seksuaalisuuden käsittelyssä, koska kävi ilmi, että puolison mukana olo koettiin hyvänä asiana. Mahdollisuuksien mukaan puoliso voisi olla yhä useammin potilaan mukana seksuaaliohjausta toteutettaessa. Olisi mielenkiintoista tutkia minkälaista ohjausta potilaat toivoisivat saavansa puolisonsa kanssa.

Tyksin Naistentautien vuodeosaston sytostaattiviikko-osasto on käytännössä lopettanut toimintansa siinä muodossa missä se aikaisemmin on toiminut. Nykyään solunsalpaajahoidot ovat keskittyneet T-sairaalaan, jossa on muun muassa syöpätautien poliklinikka. Keskittämisen ansiosta potilasmäärät myös kasvavat. Tätä voisi yrittää hyödyntää esimerkiksi pitämällä halukkaille tilaisuuksia, joissa kerrotaan ja keskustellaan syöpähoitojen ja syövän vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Yksilöllisyyttä ei tietenkään tule unohtaa, mutta tällainen tapa saattaisi antaa joillekin potilaille rohkeuden käsitellä kyseisiä asioita. Tämä myös viestittäisi potilaille, että seksuaalisuus ei ole tabu ja myös seksuaalisuuteen liittyvistä asioista voi keskustella henkilökunnan kanssa.

LÄHTEET

- Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja terveystyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- Brunila, P. 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Helsinki: Duodecim.
- Brunila, P. 2011. Seksuaalisuus ja sairaus- Seksuaalisuus on mielen ja kehon yhteispeliä. Teoksessa: Leinonen, A. & Syrjälä, J. 2011. Kosketuksen kaipuu- kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: Väestöliitto.
- Burns, M.; Costello, J.; Ryan-Wooley, B & Davidson, S. 2007 Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer care*, 16, 364-372.
- Burns, N. & Grove, S. 2009. The practice of nursing research- Appraisal, synthesis and generation of evidence. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Crowther, E.; Corney, R. & Shepherd J. 1994. Psychosexual implications for gynaecological cancer. *BMJ*, vol. 308, 869-870.
- Eker, F. & Acikgoz F. 2011. The impact of cancer and its treatment on sexual desire, satisfaction and functioning: findings from an exploratory study in rural Turkey. *European Journal of Cancer care*, 20, 769-775.
- Eriksson, K.; Isola, A.; Kyngäs, H.; Leino-Kilpi, H.; Lindström, U.; Paavilainen, E.; Pietilä, A-M.; Salanterä, S.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki P. 2012. *Hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Errihani, H.; Elghissassi, I.; Mellas, N.; Belbaraka, R.; Messmoudi, M. & Kaikani, W. 2010. Impact of cancer on sexuality: How is the Moroccan patient affected? *Sexologies*, vol. 19, 92-98.
- Finnish Cancer Registry. 2011. Cancer in Finland 2008 and 2009. Cancer Society on Finland Publication no. 84. Helsinki.
- Gilbert, E.; Ussher, J.M. & Perz, J. 2011. Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas* 70, 42-57.
- Grénman, S. 2004. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa: Ylikorkala, O. & Kauppila, A.(toim.) 2008. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Hallamaa, J.; Launis, V.; Lötjönen, S.; & Sorvali, I.2006. *Etiikkaa ihmistieteille*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutoksen syöpään sairastuessa- Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hautamäki-Lamminen, K.; Lipiäinen L.; Åstedt-Kurki, P. & Lehto, J. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedon tarpeet. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 9, no. 3, 14-21.
- Hautamäki-Lamminen, K.; Åstedt-Kurki, P.; Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* vol. 22, no. 4, 282-290.

- Hautamäki-Lamminen, K.; Kellokumpu-Lehtinen, P.; Lehto, J.; Aalto, P. & Miettinen, M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. *Hoitotiede* vol. 20, no. 2, 151-165.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Ihme & Rainto. 2008. Naisen terveys. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Isola, J. 2007. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa: Joensuu, H.; Roberts, P. J.; Teppo, L. & Tenhonen, M. 2007. Syöpätaudit. 3. painos, 16-33. Helsinki: Duodecim.
- Jefferies, H. & Clifford, C. 2011. Aloneness: the lived experience of women with cancer of the vulva. *European Journal of Cancer Care*, 20, 738-746.
- Julien, J.O.; Thom, B. & Kline, N.E. 2010. Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice. *Oncology Nursing Forum*, vol. 37, no. 3, 186-190.
- Kellokumpu-Lehtinen, P.; Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim* vol. 119, no. 3, 237-246.
- Kummel, M. & Projektityöryhmä, Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro) Projektisuunnitelma.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Lavin, M & Hyde, A. 2006. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing*, vol 10, 10-18.
- Mäenpää, J & Pakarinen, P. 2004. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa: Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) 2008. Naistentaudit ja synnytykset, 4. uudistetun painoksen (2004) muuttumaton jatkopainos, 216: Helsinki: Duodecim.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia sarja 4. Jyväskylä: Gummerus.
- Mick, J.; Hughes, M. & Cohen, M. 2004. Using the BETTER Model to Assess Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, vol. 8, no.1, 84-86.
- Miles, C.; Candy, B.; Jones, L.; Williams, R.; Tookman, A. & King, M. 2010. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer. Viitattu 13.4.2012 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005540.pub2/pdf>
- Niinivirta, P. 2012. Sairaanhoidaja os. 314/O. Sähköposti 27.3.2012.
- Olsson, C.; Berglund, A-L.; Larsson, M. & Athlin, E. 2012. Patient's sexuality- A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 16, 426-431.
- Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E.; Väyrynen, P.; Äimälä, A-M. (toim.). 2009. Kätilötyö. 1.-3. painos. Helsinki: Edita.
- Petäjä, H. 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. Opinnäytetyö (YAMK). Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Sankila, R.; Teppo, L. & Vainio, H. 2007. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa: Joensuu, H.; Roberts, P. J.; Teppo, L. & Tenhonen, M. 2007. Syöpätaudit. 3. painos, 34-49. Helsinki: Duodecim.

Salmi, T. & Leminen, A. 2007. Gynekologiset syövät. Teoksessa: Joensuu, H.; Roberts, P. J.; Teppo, L. & Tenhonen, M. 2007. Syöpätaudit. 3. painos, 34-49. Helsinki: Duodecim.

Southard, N. & Keller, J. 2009. The Importance of Assessing Sexuality: A Patient Perspective. Clinical Journal of Oncology Nursing, vol. 13, no. 2, 213-217.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki: Yliopistopaino.

State of World Population 2004. Tiivistelmä YK:n väestörahasen vuosiraportista 2004. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila maailmassa, 10 vuotta YK:n väestö- ja kehityskonferenssista. Helsinki: Väestöliitto

Taylor, B. & Davis, S. 2006. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. Nursing Standard, vol. 21, no. 11, 35-40.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Viitattu 25.3.2012 www.thl.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 12.4.2012 http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 11.4.2013 <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2011. Lainsäädäntö. Viitattu 12.4.2012 www.etene.fi

Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri. 2008. Naistentautien vuodeosasto ja sytostaatti viikko-osasto. Gynekologinen syöpä. Viitattu 2.2.2013 <http://www.tyks.fi/fi/tulosta/682/naistentaudit/>

Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri. 2012. Solunsalpaajahoitoa saavalle potilaalle. Potilasohje. Viitattu 2.2.2013 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/5210/23873/>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Väestöliitto 2012. Tietoa seksuaalisuudesta. Viitattu 13.4.2012 <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>

Wilmoth, M. C. 2007. Sexuality: A Critical Component of Quality of Life in Chronic Disease. Teoksessa Prevost, S. 2007. Sexuality and Chronic Illness: Assessment and Interventions. Nursing Clinics of North America. Vol. 42, no. 4, 507-514. Philadelphia: W. B. Saunders Company

Wilmoth, M. C.; Hatmaker-Flanigan, E. & LaLoggia, V. 2011. Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. Oncology Nursing Forum, vol. 38, no. 6, 699-708.

World Association for Sexual Health 2010. 14th World Congress of Sexology 1999. Sexual Rights. Viitattu 6.3.2013 <http://www.worldsexology.org/content/sexual-rights-0>

World Health Organization (WHO) 2002. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Viitattu 25.3.2012 http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.
http://www.fsd.uta.fi/fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html

Viitattu

27.3.2012

Ylikorkala, O. & Kauppila, A.(toim.) 2008. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Zeng, Y. C.; Liu, X. & Loke, A.Y. 2012. Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. Journal of Advanced Nursing, vol. 62, no. 2, 280-292.

Olkaa hyvä, ja vastatkaa kysymyksiin mahdollisimman monisanaisesti saamastanne seksuaaliohjauksesta naistentautien vuodeosastolla 314.

ODOTUKSET JA KOKEMUKSET SEKSUAALIOHJAUKSESTA

Seksuaaliohjaus on vuorovaikutusta ammattilaisen ja asiakkaan välillä, jolloin työntekijä antaa asiakkaalleen luvan seksuaalisuuteen liittyviin ajatuksiin ja kysymyksiin. Seksuaaliohjauksen on tarkoitus antaa asiakkaalle asiallista tietoa ja neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, kuten esimerkiksi sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen.

Ikänne:

Saitteko seksuaaliohjausta ollessanne naistentautien vuodeosastolla 314

kyllä ☐

ej ☐

Jos vastasitte "ei", voitte siirtyä suoraan kysymykseen kaksi (2).

1. Seksuaalisuus on jokaisen naisen henkilökohtainen asia, jonka voi kokea monin eri tavoin. Myös kokemukset seksuaaliohjauksesta ovat yksilöllisiä.

Kuvailkaa mielellään kokonaisin lausein omia kokemuksianne saamastanne seksuaaliohjauksesta osastolla ollessanne. Voitte myös antaa esimerkkejä niin halutessanne. Tarvittaessa voitte jatkaa vastaustanne paperin toiselle puolelle.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

2. Seksuaaliohjauksen tarve on erilainen yksilöiden välillä. **Mitä Teille tärkeitä seksuaalisuutta koskevia asioita toivoitte ohjauksessa käsiteltävän?**

3. **Miten odotuksenne mielestänne toteutuivat?**

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirillä ja Turun ammattikorkeakoululla on meneillään Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2012 (Hoi-Pro). Projektin tavoitteena on kehittää sairaalan palvelut yksilöllisiksi ja potilaslähtöisiksi.

Olemme kaksi kättilöopiskelijaa Turun ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönä tutkimusta gynekologisten syöpäpotilaiden seksuaaliohjauksesta ja sen toteutumisesta Turun Yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS) vuodeosastolla 314. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä TYKSin kanssa. Tutkimuksesta saatujen tuloksien avulla pyritään kehittämään potilasohjausta naistenklinikalla.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn omien odotustenne ja kokemustenne pohjalta. Tarkoituksena on, että vastaatte kyselyyn mahdollisimman kerronnallisesti, jotta saamme parhaan mahdollisen kuvan saamastanne potilasohjauksesta. Kyselyyn vastattuanne voitte palauttaa sen suljetussa kirjekuoressa hoitajalle tai osastolla olevaan palautelaatikkoon. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne ole tunnistettavissa tutkimuksen missään vaiheissa. Tehty tutkimus raportoidaan Turun ammattikorkeakoulussa marraskuussa 2012, jonka jälkeen kyselylomakkeet hävitetään asiaankuuluvalla tavalla. Valmis työ on luettavissa Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun kirjastossa sekä sähköisessä muodossa Theseus- tietokannasta.

Vastaamalla kyselyyn voitte vaikuttaa gynekologisille syöpäpotilaille annettavaan seksuaaliohjaukseen Turun Yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikalla.

Kiitos vastauksestanne!

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne:

Maria Abou elmagd
kättilöopiskelija
0XX XXXXXXX
maria.torkkola@students.turkuamk.fi

Noora Hakoniemi
kättilöopiskelija
0XX XXXXXXX
noora.hakoniemi@students.turkuamk.fi

Ohjaaja:
Anneli Nirkkonen-Mannila
KL, TtM
0XX XXXXXXX
anneli.nirrkonen-mannila@turkuamk.fi

Taulukko 1. Sisällönanalyysin runko

Pääluokka: Potilaan odotukset seksuaaliohjauksesta

Alkuperäisilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
"Seksuaaliohjaukseen on tarvetta."	Seksuaaliohjaus on tarpeellista	Ohjauksen tarpeellisuus
"Ei ole tarvetta."	Seksuaaliohjaus ei ole tarpeellista	
"En osaa sanoa omalta kohdaltani, koska olen ollut hoidosta niin huono."	Ei osaa sanoa	
"Kunnon parantuessa saatan kaivata ohjausta."	Jossakin vaiheessa voisi olla tarpeellista	
"Odotan parempia aikoja niin katsotaan sitten."		
"Jotkin asiat ehkä kiinnostaisivat, mutta en tiedä ovatko ne enää kauaa ajankohtaisia."		
"En ole vielä saanut seksuaaliohjausta, mutta se saattaisi olla tarpeen jossain vaiheessa."		
"Olen leski eikä ole oikein enää tarvetta seksuaalisiin tuntemuksiin, mutta silloin 2009 olisi ehkä ollut tarvetta käsitellä asiaa."	Ei enää ajankohtaista	
"Minulla ei ollut mitään erityisiä odotuksia koskien seksuaalisuuden käsittelyä, joten voisin sanoa että odotukset ovat hyvin toteutuneet."	Ei erityisiä odotuksia seksuaaliohjaukselta	Odotusten täyttyminen
"En odottanut etukäteen mitään, enkä kaipaa juuri nytäkään."		
"Hyvin." (Miten odotuksenne toteutuivat?)	Odotukset ovat täyttyneet	
"Hyvin siinä mielessä..."		
"... miten hoidot vaikuttavat orgasmin saantiin."	Orgasmi	Odotukset tiedon saannista ja tuesta
"...orgasmin saaminen on vaikeaa, miltei mahdotonta. Tähän toivoisi ohjausta."		
"Olisin toivonut että erilaisten gynekologisten operaatioiden jälkeen olisi suoraan sanottu saako harrastaa seksiä vai pitääkö yhdyntää välttää."	Yhdyntä	
"Toimenpiteiden vaikutukset seksuaalisiin toimintoihin."	Seksuaaliset toiminnot	
"Sitä, että vaikka kohtu ja munasarjat on poistettu, silti tuntisi olevan kokonainen."	Kokonaisuuden tunne	
"Ehkä olisi hyvä kuulla, että vaikka on gynekologisia ongelmia, seksuaalisuus ei häviä elämästä."	Seksuaalisuuden säilyvyys	
"Yksilölliset tuntemukset ja toiminta seksuaalisessa vuorovaikutuk-	Yksilöllisyyden huomioiminen	

sessä.”		
”Näistä asioista lääkärin pitäisi ottaa asia aina tärkeäksi puheenaiheeksi itse.”	Lääkärin täytyy ottaa puheeksi	Odotukset henkilökunnalta

Päälukokka: Potilaan odotukset seksuaaliohjauksesta

Alkuperäisilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"Tuntuu olevan liian kiire keskustella asiasta rauhassa."	Kiire	Henkilökunta
"Lääkäri kertoi vain perusasiat eikä potilas kerkiä eikä muista siinä tilanteessa kertoa seksuaalisuudesta."		
"...olisi ollut kiva jos ei olisi tarvinnut erikseen kysyä itse."	Toive henkilökunnan puheeksiottamisesta	
"Sain lääkäriltä tiedon siitä, että leikkauksella ei pitäisi olla vaikutusta seksuaalisuuteen."	Lääkäriltä tieto	
"Kysyin lääkäriltä onko haittaa jos mieheni tyydyttää minua käsin."		
"Minä ja mieheni tapasimme ennen kotiinlähtöä seksuaalineuvojan."	Tavannut seksuaalineuvojan	
"Sain seksuaaliterapeutin numeron, ja halutessani olisin voinut hakeutua hänen juttusilleen mutta tarpeeni olivat enemmän fyysisiä kuin henkisiä."	Seksuaaliterapeutin numero	
"Hyvä myös se, että nyt on puhelinnumero mihin soittaa, jos mieltä askarruttaa tai tulee ongelmia."		
"On useasti sanottu että keskusteluapua on tarjolla jos/kun sitä haluaa."	Keskusteluapua saatavilla	
"...en tiedäkään olisiko esim. seksuaaliterapeutin juttusille käytännössä aikoja tai helppo päästä, auttaisiko se ja saisiko apua tarvitsemansa määrän."		
"Pyytämäni asia selvitettiin hyvin."	Saanut seksuaaliohjausta riittävästi	Potilas
"Sain kysymyksiini riittävän vastauksen."		
"...se tieto on riittänyt minulle."		
"Sain kertoa pelkojani hermojen vaurioitumisista ja jos tulee haavauksia sekä kuroutumista."	Pelko	
"Olin hyvin hämmästynyt kun minulle tuputettiin seksuaalisuuteen liittyviä tietoja. Itseäni askarruttivat enemmänkin henkiinjäämiskysymykset."	Hämmennys	
"Mielestäni oli hyvä että sain rauhassa lukea esitteet ja tietoa asiasta sekä käydä "surutyötä" asian suhteen ja sitten sain tavata uu-	Surutyö	

delleen seksuaalineuvojan. Osa- sin paremmin esittää kysymyk- siä.”		
”Mielestäni seksuaalineuvonta oli tosi tärkeää sillä lääkärin kanssa keskustellaan vain ns. yhdyntälu- vasta.”	Kokenut seksuaalineuvonnan tärkeäksi	
”Kyseli tuntemuksia.”	Tunteiden huomioiminen	Potilaiden saama seksuaalioh- jaus
”...konkreettisia esimerkkejä eri liukuvoiteista ja sen ”sauvan” millä kuroutumista ehkäistään.”	Konkreettisia esimerkkejä	
”Saimme kotiin luettavaa aiheesta ja sairaanhoitaja joka oli seksuaa- lineuvoja kertoi miten syöpä ja minulle tehty leikkaus sekä syö- pähoidot voivat vaikuttaa seksu- aalisuuteen.”	Syövän ja hoitojen vaikutukset	
”Tapasin myöhemmin sädehoito- osastolla seksuaalineuvojan, joka kertoi lantion alueella tehtävän sädetyksen vaikutuksista, emätti- men limakalvojen kuivumisesta ja mahdollisesta kuroutumisesta. Sen ennaltaehkäisystä.”		
”..ja (sain) ennaltaehkäiseviä oh- jeita.”	Ennaltaehkäisevät ohjeet	
”Sain tukea..”	Tuki	
”...saamaani seksuaaliesitettä lukuun ottamatta ei tullut.” (sek- suaalisuus puheeksi)	Seksuaalisuusesite	
” Kertoi että läheisyys-, hieronnat ym. ovat seksuaalisuutta ei pelkkä yhdyntä.”	Läheisyys	Parisuhde
”...(Kertoi että) tärkeä säilyttää läheisyys niin myöhemmin rakas- teluun palaaminen ei ole niin ”vai- keaa”.”		
”Sekä (sain kertoa) paineita siitä olinko enää ”hyvä vaimo”.”	Paineet	
”Korosti että minulle tulee antaa aikaa eikä saa painostaa.”	Aika	
”Hyvää oli se, että mieheni oli mukana niin asiasta oli helppo keskustella kotona ja saada toi- selta tukea.”	Puolison mukana olo ja tuki	